Revue d'études en psychologie de la déviance
Revue internationale semestrielle ISSN :2602-554X EISSN :2773-2568
Volume06 Numéro 01 Année 2021 p p:460-471

La dépression du bébé et la perturbation du lien maternel
Baby Depression and Maternal bond disturbance

Imène Bouchaïb 1[*]

Université Alger2 Algérie

imenbouchaib@gmail.com

Date de réception04/05/2021 Date d'acceptation 24/05/2021

Résumé :

La dépression du bébé et un désordre thymique d'évolution aigue consécutif à une rupture prolongée du lien maternel qui s'exprime par une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales. R. Spitz en 1946 avait proposé le terme anaclitique pour décrire chez le bébé un mode de réaction dépressive à la séparation de la mère.(Kreisler,2003, p2003)

Mais la dépression du bébé ne constitue pas que une rupture, ou une séparation prolongé du lien maternel, comme l'on proposé divers auteurs, mais aussi on observe cette dépression chez des bébés confrontés soudainement à une rupture ou à une faillite de holding maternel alors que le diade fonctionnait jusque là chaleureusement, la mère se déprime et ses interrelations se dévitalisent.

C'est ce que nous essayons de présenter dans cet article, en expliquant l'impotence du maternage et la préoccupation maternelle primaire, et les conséquences causées par une défaillance maternelle sur le bébé.

Les mots clés:

La dépression du bébé ; maternage ; les carences maternelles ; perturbation du lien maternelle ; la dépression blanche.

Abstract :

Baby depression is a thymic disorder of consecutive acute evolution at an extended rupture of the maternal bond that is expressed with an affective atony that deprives the baby of his vital appetencies. R. Spitz in 1946 proposed the term "anaclitic" to describe a depressive reaction made by the baby due to separation from the mother (Kreisler,2003, p2003)

However, baby depression does not only constitute a rupture or an extended separation from the maternal bond as proposed by different authors; rather, we notice this depression suddenly when a rupture of maternal holding despite the diad functions with affection. The mother gets depressed and her interrelations faint.

[*]Correspondent author

This is what we try to shed light on in this paper explaining mothering impotence and the primary maternal preoccupation and the consequences of the maternal deficit on the baby.

Keywords:

Baby depression; mothering; maternal lack; maternal bond disruption; white depression

Introduction :

Pour que son développement affectif soit harmonieux, le bébé doit bénéficier, à travers les échanges avec sa mère ou tout adulte prenant soin de lui, de plusieurs éléments, plénitude des apports affectifs, souplesse d'adaptation à ses besoins, stabilité de la relation.

Mais dans différentes situations ce soin peut être perturbé, de manière brutale ou progressive mais durable : une mère absente, ou en difficulté pour lui fournir un maternage adéquat , un substitut maternel adéquat mais avec un maternage insuffisant ou défaillant, hospitalisations ou placements répétées du bébé ou de sa mère.

La privation prolongée du contact avec la mère ou avec le substitut maternel entraîne chez le bébé une inhibition anxieuse, un désintérêt pour le monde extérieur (dépression anaclitique) qui s'accompagne d'anorexie, d'insomnie, d'agitation, de retard psychomoteur et de troubles psychosomatiques. C'est ce qu'on appelle le syndrome d'hospitalisme.

Parmi ces situations a risque, on trouve l'hospitalisation répétitive du bébé qui peut être une situation à double risque ; la maladie du bébé, le changement de l'enivrement et la perturbation de la relation avec la mère. Alors si la mère elle-même souffre de perturbation dans sa relation maternelle ou elle est en phase de deuil, tout cela pourrait affecter le bébé plus que l'hospitalisation.

Et dans le but de mieux comprendre tous ce là on doit tous d'abord éclaircir l'importance du lien maternelle et le maternage pour le développement psychique et affectif du bébé.

1. **<u>Le développement du bébé :</u>**

Le développement du bébé se fait en deux phases , la première c'est la **phase néonatale** est la plus courte de toutes les périodes de développement ,elle commence à la naissance et prend fin quand le nouveau né à environ deux semaines ,c'est pendant cette période que le fœtus doit s'adapter à la vie extra-utérine

D'après des critères médicaux, l'adaptation du fœtus à la vie extra utérine est complétée lorsque le cordon ombilicale se détache du nombril, d'un autre coté selon des critères physiologiques, l'adaptation est complétée quand le nouveau né a repris la masse perdue après la naissance

Mais d'après les critères psychologiques, la phase néonatale se complète quand il commence a manifesté du progrès dans sont comportement, la plupart des nouveaux nés effectuent cette adaptation en deux semaines, mais ceux dont l'accouchement a été difficile ou prématuré prennent plus du temps.

Dans cette même période, selon Klaus et Kennl (1976), il existe chez la mère, précisément dans les premières heures après l'accouchement, un état psycho-affectif particulier définissant une période sensible, au cour le quelle la construction du lien mère-nouveau-né ou ce que on appel Bonding. Et qui peut s'établir de manière optimal (Stoleru, Lebovici, 2004, p 320).

C'est un état d'hypersensibilité, une « maladie normale » qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, pour s'ajuster aux premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Cet état lui permet aussi de mettre tous ses sens en éveil pour offrir à son enfant un environnement le plus propice à son développement.

la phase post-néonatale du développement s'étend de la fin de la deuxième semaine après la naissance jusqu'à l'âge de deux ans ,alors que prend fin la première enfance ou le stade infantile du développement . en général à cet âge la l'enfant est relativement indépendant et il peut faire beaucoup de choses lui-même, tandis qu'auparavant il d'épandait de son entourage ,de nombreux bébés atteignent ce stade avant l'âge de deux ans.

D'ailleurs dans cette phase l'enfant se développe rapidement , tant physiquement que psychologiquement ,cette croissance accélérée s'accompagne non seulement d'un changement de l'apparence mais aussi des habilités.

2. <u>L'importance de la préoccupation maternelle primaire</u>

La préoccupation maternelle est un état, « une condition psychologique», qui précède la naissance, qui s'élabore graduellement pour atteindre son apogée dans les dernières semainesde la grossesse, elle perdure quelques semaines après la naissance et c'est l'enfant qui en délivre la mère , qui s'en souvient difficilement une fois terminé.

Dans un premier temps, les besoins de l'enfant sont « des besoins corporels qui se transforment progressivement en besoin du moi ».Au cours des expériences physiques entre la mère et l'enfant, le besoin va évoluer du domaine corporel au domaine psychique grâce à « l'élaboration imaginative » de la mère qui va permettre à son enfant d'élaborer un moi unifié (différenciation moi non-moi).(Winnicott, 1959, P.300).

Pour Bion cette activité maternelle viendrait se suppléer à l'absence «d'appareil à penser du bébé », elle permettrait la transformation des éléments bêta, c'est-à-dire des sensations brutes non assimilables par le bébé en une chose qui puisse être pensé.

La capacité de rêverie pour Bion, est un état d'esprit qui rend la mère réceptive à n'importe quel « objet » mental venant de son enfant. En le

soumettant à son propre fonctionnement alpha, elle le transforme en quelque chose que l'enfant sera à son tour capable d'utiliser et de réutiliser de manière imaginative.

La *préoccupation maternelle primaire,* comme *la capacité de rêverie de la mère* chez Bion, ces deux notions supposent un étroit maintien de l'attention de la mère, qui ne quitte pas le bébé. Sa profonde implication dans ce qui est en train de se passer chez elle est le moyen de s'habituer à tout ce dont le bébé exige d'elle. C'est, comme Bion le dit, l'expression de son amour pour le bébé. Dans le langage de Winnicott, on pourrait dire que la rêverie de la mère les fait réunir, elle et son bébé, dans une seule unité. La *rêverie,* ou la « *préoccupation primaire* » de la mère envers le bébé, entraîne à certains moments un *fusionnement non structuré* entre les deux, mais la tâche de la mère est aussi d'en émerger pour prendre conscience de leurs identités séparées, aidant ainsi son enfant à prendre conscience lui-même de son individualité.(Winnicott,1959).

Pour Winnicott, le bébé aurait des tendances innées au développement. Pour qu'elles se développent, il faut qu'il trouve autour de lui l'environnement nécessaire et suffisamment bon (good enough).

« Il semble, d'après cette thèse, qu'un environnement suffisamment bon dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, …. D'édifier un moi personnel, …de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie ». (Winnicott,1969, P290).

Si la mère fournit, au tout début de la vie, une assez bonne adaptation aux besoins de son bébé, un cadre continu et sécurisant, si elle est suffisamment bonne, la propre ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux empiètements de l'environnement.(Winnicott, 2006, P 120).

Par contre du fait de l'inadaptation de la mère, l'enfant est en prise directe avec l'environnement. Ses propres réactions, face à un environnement qu'il ne peut pas décrypter du fait de l'absence de médiation, de symbolisation de la mère, vont entraîner des ruptures dans son développement et dans sa continuité d'être. L'enfant ne peut mettre de censure de ce qui lui arrive. Il est submergé. Ces ruptures vont bien au-delà de la simple frustration mais sont des menaces pour sa sécurité interne.

La mère doit être en bonne santé pour pouvoir s'y laisser aller et s'en remettre par la suite. Selon Winnicott, il ne suffit pas d'être une bonne mère, mais d'être avant tout «une mère ordinaire, normalement dévouée ». Toutes les femmes ne parviennent pas à cet état où tout est centré sur leur bébé :

- « certaines y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre. »
- certaines encore ont du mal à y accéder pour diverses raisons. Elles peuvent avoir du mal à abandonner leurs centres d'intérêts, « ces femmes-là seront incapables d'être uniquement préoccupées par leur enfant » ou elles ont

une trop forte identification masculine « le désir du pénis refoulé laisse peu de place à la préoccupation maternelle primaire » (Winnicott,1959 , P. 288).

Pour Winnicott, l'absence de cet état oblige par la suite ces mères à essayer de pallier ce déficit pour « réparer la distorsion du développement des premiers temps ». La mère va devoir adopter un nouveau comportement et devenir le thérapeute de son enfant pour l'aider à reprendre un développement normal, mais sans avoir néanmoins l'assurance de pouvoir y arriver car les dérapages ont eu lieu à un stade antérieur.

Les difficultés pour la mère à se mettre dans cet état pourraient être à l'origine de lourdes pathologies, comme l'autisme ou la psychose.

3. L importance du maternage :

Dans les premiers stades de son développement le bébé est dans l'indifférenciation intérieur/extérieur, il vit l'environnement comme un prolongement de lui-même, et c'est progressivement qu'il va percevoir sa mère comme un individu séparé.

C'est dans le bain d'affects et de dialogues que l'enfant va se sentir être et s'organiser ; Le visage de la mère est son premier miroir. Car ce qu'i regarde en regardant sa mère c'est lui. Ce que a clairement expliqué Winnicotte : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et *ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. »* (Winnicott,1975, p. 155).

Le maternage se fait principalement a travers quatre éléments importants : le holding, le handlig , le vrai / le faux self et l'objet– presenting. (Courtina, 2009, p8-10)

- **Le holding**

Le holding c'est la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le MOI de l'enfant encore immature. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du " Self " de l'enfant, à condition que la mère lui assure une sécurité affective de manière satisfaisante et continue. Il procure a l'enfant le sentiment d'exister, et de se sentir comme une unité différenciée.

- **Le handling**

Le handling signifie le maniement par la mère. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé . Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental ainsi que la reconnaissance de l'interaction et relation soma-psyché.

- **Le vrai-self**

Comme l'explique Winnicotte « La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois. Par l'intermédiaire de la force que donne au Moi faible du nourrisson l'accomplissement de ses expressions

d'omnipotence, un vrai *self* commence à prendre vie. » (Winnicott , 2006, p105) .

Si la mère répond à ce qui se manifeste comme l'expression de l'omnipotence du nourrisson, à chaque occasion, elle lui donne une signification et participe à l'établissement du vrai self. Elle lui permet de faire l'expérience de l'illusion, de l'omnipotence. Cette expérience de l'illusion, qui a comme condition la possibilité d'adaptation active de la mère, est le préalable à l'expérience des phénomènes transitionnels, d'où s'origine la créativité.

- **Le faux-self**

Si, au contraire, la mère est incapable de répondre à cette manifestation, elle substitue au geste spontané du bébé « le sien », auquel ce dernier est alors contraint de se soumettre. Cette situation plusieurs fois répétée participe à ce qu'un faux self se développe.

Le faux Self est une défense du vrai Self, mais si ce dernier est remplacé continuellement, le faux Self perd son rôle de protection et prend place comme partie essentielle de la personnalité du sujet.

- **L'objet-presenting**

la représentation de l'objet. C'est la façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement. C'est la phase des premières relations objectales permettant à l'enfant, par leurs qualités, de s'approprier et d'utiliser les objets.

4. Les séquelles de la carence de soin maternelle (le maternage):

La privation prolongée du contact avec la mère ou avec un substitut maternel entraîne chez le nourrisson une inhibition anxieuse, un désintérêt pour le monde extérieur (dépression anaclitique) qui s'accompagne d'anorexie, d'insomnie, d'agitation, de retard psychomoteur et de troubles psychosomatiques. C'est ce qu'on appelle le syndrome d'hospitalisme. Si la carence se poursuit au-delà de 3 ou 4 mois, l'enfant risque de souffrir de dommages physiques et psychiques irréversibles. (Prugh ,1962, p13).

Il peut y avoir carence maternelle caractérisée dans diverses situations qui sont les suivantes :

- Lorsque le bébé est séparé de sa mère, ou de son substitut maternel permanent, pour être placé dans une institution où il reçoit des soins maternels insuffisants.
- Lorsque le bébé subit une série de séparations avec sa mère, ou avec les substituts maternels auxquels il est attaché ;
- Lorsque le bébé reçoit de sa propre mère, ou du substitut maternel permanent, des soins nettement insuffisants sans que le maternage d'autres personnes vienne compenser le manque d'interaction mère-bébé.

Il est vrai qu'une carence prolongée et particulièrement grave au cours de la première enfance peut affecter, dans l'immédiat. L'âge de l'enfant au

moment ou la carence a débuté semble influer beaucoup sur la localisation et le degré de l'attente.(M. Ainsworth,1962, p 99).

L'affirmation de Bowlby, de Spitz et d'autres auteurs selon laquelle une carence précoce sévère peut avoir des effets permanents a été vivement discutée. Tout en reconnaissant que les jeunes enfants sortent diminués d'une expérience de carence.

Certaines critiques ont de la peine à admettre qu'une frustration précoce soit capable d'entrainer une diminution permanente et qui ne puis réparer plus tard des influences favorable. L'attente parait plus difficilement réversible pour certain processus que pour d'autres. Et certains dommages sont plus apparent et plus facilement observes que d'autres et pourtant moins réversibles, même en cas d'atteinte grave, le cas de l'enfant peut s'améliorer dans certaine mesure si la carence est supprimé ou atténuée. (M. Ainsworth,1962, p 100).

La controverse a été alimentée par diverses considérations dont les plus importantes sont: la carence larvé, la carence sévère.

A) <u>La carence larvée :</u>

On parle de carence larvée lorsqu'il existe une insuffisance, ou une distorsion relationnelle ou une discontinuité des rapports entre le bébé et ses parents, en particulier la mère, sans qu'il y ait de séparation physique.

A- <u>Distorsion relationnelle :</u>

1. la mère (ou le père) est incapable de percevoir l'enfant en tant qu'individu distinct d'elle-même (ou de lui-même) et traite l'enfant en conséquence, sans pratiquement tenir compte de ses besoins propres.

–Dans les cas extrêmes, il existe chez le parent une confusion total quant à l'identité de l'enfant, celui-ci restant pour l'essentiel non différencie du parant. (Prugh ,1962, p16).

–Il existe cas moins extrêmes, mais toujours de caractère nettement pathologique, ou les besoins du parent ou de l'enfant ne peuvent être satisfaits que par la réponse de l'autre.

2. Dans d'autre cas, tout en reconnaissant à l'enfant une personnalité distincte, le parent le traite néanmoins en fonction de ses propres besoins.

–Parfois le parent identifie l'enfant avec certain aspects de lui-même ou d'autres personnes ; les rapports avec l'enfant sont alors structurés par ces projections de la personnalité ou ces identifications partielles. (Prugh ,1962, p17).

–Il arrive d'autre part que, chez les parents la perception de l'enfant soit irrationnelle ou faussée, non par suite de phénomènes d'identification, mais à cause d'attitudes élémentaires, de valeurs ou de normes acceptées ou pour autres motifs résultant de leur expérience passée.

B- <u>Insuffisance relationnelle</u>

1. a cause d'un déséquilibre caractériel ou de troubles névrotiques ou psychotiques tout à fait indépendants de l'enfant, le parent est incapable de tendresse pour le bébé.

–La mère est une personne froide et refermée, incapable de manifestations affectives envers son enfant

–Les parents sont si attentifs à la satisfaction narcissique de leurs propres besoins ou plaisirs que toute tendresse ou affection envers l'enfant est exclue, bien que tous les soins matériels soient assurés.

2. Dans d'autre cas, les incidents de la vie courante provoquent chez le parent des troubles psychologiques qui peuvent se répercuter sur le développement de l'enfant.(Prugh ,1962, p19).

La carence larvée peut avoir des conséquences pathologiques aussi graves que celles d'une séparation frustrante caractérisée.

B) <u>La carences sévère :</u>

On parle de carence sévère lorsqu'il y a un placement prolongé et frustrant du bébé dans une institution, des ruptures répétées des liens avec les figures maternelles ou même des relations extrêmement frustrantes avec les parents.

La carence maternelle sévère, précoce (< 2 ans) et prolongée est ordinairement psychopathogène ou génératrice d'inaffectivité.(Lemay,2009)

«… Les carences maternelles provoquent des réactions aux empiètements, et ces réactions interrompent la continuité d'être de l'enfant […] Un excès de cette réaction n'engendre pas la frustration mais représente une menace d'annihilation» Ce vécu d'annihilation est selon Winnicott « une angoisse primitive très réelle, bien antérieure à toute angoisse, qui inclut le mot mort dans sa description ». (Winnicott, 1969, p. 289).

Toutes les situations précédentes nous amène a un tableau clinique assez vaste et complique, qui la dépression chez le bébé. Un sujet qui a suscité longtemps des débats entre les différents spécialistes travaillent avec les bébés, vu la similitude des symptômes du tableaux clinique avec d'autre troubles de l'évolution comme l'autiste.

5. <u>La dépression chez le bébé</u>

La dépression du bébé et défini comme un trouble de l'évolution du bébé, elle est observée chez des bébés en bas âge, entre six et dix-huit mois en pleine construction de la relation d'objet.

Elle est définie par L. Kreisler 1985 comme suit « La dépression du bébé est un désordre d'évolution aigue ou subaiguë, dont le déterminisme électif est une rupture prolongée du lien maternel et de la composante mentale essentielle une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vital » (Kreisler, 2004, p 2003).

La dépression anaclitique témoigne d'une incapacité du bébé, du fait de l'immaturité de son moi, à transformer en représentation la perte de la perception de la mère, perte effective assimilée à une perte d'objet.

L'objet se constitue d'emblée en tant qu'objet perdu. Il s'établit et se différencie de façon concomitante d'un moi devenu capable de penser sa perte. Les travaux de Spitz sur l'angoisse du huitième mois ont mis l'accent sur le rôle des relations mère-enfant et révèlent que l'établissement de l'objet se fait dans un contexte de première triangulation avec l'étranger (« face à un étranger, il [le bébé] réagit au fait que ce n'est pas sa mère; elle l'a abandonné ». C'est le ratage de ce qui est structurant dans la possibilité de représenter psychiquement cette perte (structurant notamment en tant qu'origine du refoulement) qui semble potentiellement traumatique, et non l'événement de la perte lui-même . (Smadja, 2001, p 61).

Cette privation maternelle qui est un état réactionnelle lié a la perte du lien maternel, et du support qu'elle représentait pour lui, peut disparaitre rapidement si les soins sont adéquats aux besoins de l'enfant, soi par la mère enfin de retour, ou par un substitut maternel, avant la période critique entre la fin du troisième et du cinquième mois. (Bénony, Golse, 2003, p68).

6. Les tableaux cliniques :

La diversité des formes de la dépression du bébé, longue ou brève, évidente ou discrète; n'entame en rien son unité, car leurs sévérités est attestée par les désorganisations psychosomatiques qui en sont souvent les révélatrices. (Kreisler, 2004, P 2003-2004)

A) la dépression anaclitique :

En 1946 Spitz propose ce terme -anaclitique - qui vien du verbe grec -se coucher sur, s'appuyer sur- pour décrire chez le bébé un mode de réaction dépressive a la séparation de la mère (Bénony, Golse, 2003, p68), il emploie le terme de dépression en raison de la similitude clinique, sino structurale, qu'il constate avec la dépression de l'adulte (Soulé, Lauzanne & Leblanc ,p 2529).
Spitz montre aussi le déroulement chronologique de ce syndrome en trois phases :

- **Période active de protestation**, cette phase apparait comme une phase d'angoisse, une phase active d'appel et de recherche de l'objet anaclitique.
- **Phase de désespoir et d'écrasement dans le repli**, elle apparaît lorsque les mécanismes de lutte contre l'angoisse se trouve déborder, et épuiser.
- **Phase de détachement dépressif**, elle est à la valeur de déni plus ou moins partielle de la problématique du manque. (Bénony, Golse, 2003, p68,69).

Une conception différente de la sienne sur un autre point, en préférant relativiser le rôle d'une dépression maternelle dans l'apparition de la dépression anaclitique du bébé.

C'est moins dans la survenue d'une dépression anaclitique, que se situe l'importance de l'impact de la dépression maternelle, que dans le virage de

cette dépression chez le bébé à un état traumatique dans lequel il tente de se mettre à l'abri d'un désinvestissement trop massif par l'objet, par une tentative de désinvestissement désobjectalisant.

La dépression anaclitique de Spitz peut être comprise comme un retournement sur soi des pulsions agressives désintriquées, en manque d'objet externe (du a la séparation) et interne (insuffisamment instauré), ou avec le renversement de son contraire, le retournement sur soi est un des précurseurs très précoces du refoulement. D'après Bowlby, elle apparaît comme d'un besoin primaire. (Bénony, Golse, 2003, p68).

b) La dépression blanche (froide) :

Elle apparaît chez des bébés confrontés soudainement à une rupture ou à une faillite de holding maternel, alors que la dyade fonctionnait jusque là chaleureusement. La mère se déprime et ses inter relations se dévitalisent, d'ailleurs elle continue de s'occuper matériellement de son bébé, mais l'accordage affectif s'altère très vite (Bénony, Golse, 2003, p69).

Cette phase de sollicitude thérapeutique est une phase active, plus anxieuse que dépressive, car au cours de cette phase le bébé utilise tout les moyens (essentiellement corporels au vu de son niveau de développement).
Kreisler a décrit cette phase dépressive selon quatre symptômes en (1987)
1- L'atonie thymique : les symptômes les plus saisissants se trouvent dans les modifications du comportement qui tranchent sur l'habitus antérieur du bébé qui révèlent de : indifférence morne, sans plaintes ni larmes avec une sémiologie dépressive inversant toutes les appétences vitales du bébé (Kreisler, 2004, P 2003).
2- L'inertie motrice : lenteur et monotonie du geste, mimique pauvre, mobilité corporelle, passivité et tendance répétitive avec de rares activités ludiques dépourvues de toute densité imaginaire et fantasmatique, et abrasement des autoérotismes
3- Le repli interactif : appauvrissement progressif de la communication, chute des initiatives et des réponses aux sollicitations, une fixité du regard sans clignement des paupières, détournement fugitif à l'approche, alternance entre des moments de vigilance gelée et des périodes de vacuité morne étranges et inquiétantes
4- La désorganisation psychosomatique aves des formes variées de somatisation marquée par la faille du préconscient.(Kreisler, 2004, P2004).

7. Les causes de la dépression chez le bébé

La dépression du nourrisson peut s'observer :

- En réponse a la douleur ou à certaines pathologies chez des nourrissons hospitalisés : intolérances au gluten, malnutritions protéique pour lesquelles il est important de ne pas séparer les déterminismes physiques et psychologiques. (Binony, Golse, 2003, p70).

- En réponse à la dépression maternelle : la solitude, les événements traumatisants peuvent favoriser une dépression souvent, sont apparition suite a la perte d'une personne lors d'un deuil, d'une séparation, du départ d'un enfant du domicile par exemple, En réponse à des troubles graves de la relation mère-enfant, en effet ,il faut insister sur le fait que les dépression maternelles n'induisent pas que des dépressions du bébé et que celles-ci ne sont pas dues qu'a des dépressions maternelles, d'ailleurs il faut en comprendre la valeur psychopathologique et non pas croire à un déterminisme linière. (Binony, Golse, 2003, p73).

- Les personnes ayant des parents proches qui ont souffert de dépression sont plus susceptibles d'en être elle-mêms victimes de nombreuses recherches ont tenté d'identifier un gène de dépression, on pense aujourd'hui que plusieurs gènes peuvent avoir une influence sur la survenue de cette maladie.

- Il est possible de liée la maladie a certaines carences nutritionnelles, ou a des déséquilibres métaboliques, de même les changements hormonaux peuvent contribuer à la survenance de la dépression.

Conclusion :

La dépression chez le bébé est une pathologie fréquente mais très peu détecté par le personnel de la santé ; elle est causée principalement par un trouble de la relation mère – enfant, après une séparation brutale et /ou répétitive.

Ces bébés peuvent développer deux types de dépressions ; la dépression anaclitique, qui se manifeste par des périodes successives : Période active de protestation, Phase de désespoir et d'écrasement dans le repli et Phase de détachement dépressif. Sinon La dépression blanche (froide) : son tableaux clinique est composé de quatre éléments, l'atonie thymique - l'inertie motrice - le repli interactif - la désorganisation psychosomatique.

La bibliographie

1. Benony, C. Glos, B. (2003). Psychopathologie du bébé. paris. NATHAN. 127P.
2. Bowlby, J. (1951).*Soins maternels et santé mentale*. OMS. Monographie n° 2. Genève.
3. Bowlby, J. (1978).*Attachement et perte*. Paris : PUF. Coll. Le fil rouge. 1978 & 1984.
4. Debray, R. (l991). Le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. in *Revue française de psychosomatique*. n° 3. Paris : PUF.
5. Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.1989.

6. Kreisler, L.(1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse. Privat.
7. Spitz, R. (1979). *De la naissance à la parole - La première année de la vie*. Paris : PUF. (6e éd.).
8. Stern, D.N. (1989).*Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*.Paris : PUF1989.
9. Szwec, G. « n.d »La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle. *in Revue française de psychosomatique*. n° 3.Paris : PUF.
10. Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Editions Payot. Paris.
11. Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Editions Gallimard. Paris. Traduction française 1975.
12. Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Editions Payot et Rivages. Paris.